附件6：

同意报考证明（模板）

**（2020年曲沃县公立医院公开招聘工作人员考试专用）**

曲沃县公立医院公开招聘领导组：

兹证明我单位\*\*\*，性别，民族，政治面貌，身份证号，现任职务，参加工作时间\*\*，我单位同意其报考2020年曲沃县公立医院公开招聘工作人员考试，并保证其如被录用，将配合有关单位办理其档案、工资、党团关系等移交手续。

单位负责人签字：

单位名称（公章）

\*\*年\*\*月\*\*日